

NOTA CLÍNICA

Absceso frío tuberculoso de pared torácica. A propósito de un caso**A. de la Fuente Añó, J.L. García Fernández, P. Rofso Raboso, I. Cal Vázquez, H. Milian Goicoechea, R. Moreno Basalobre***Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.**Rev Patol Respir. 2018; 21(4): 138-140***Resumen**

Mujer de 62 años con leucemia linfática crónica que acude a consultas de cirugía torácica por aparición de una masa en la pared anterior izquierda del tórax de unos diez días de evolución, con leve dolor local. No asocia otra clínica. A la exploración se palpa una masa en pared anterior izquierda, de unos 10-12 cm de diámetro, adherido a planos profundos, de consistencia dura y no rodadera.

En la ecografía se objetiva una solución de continuidad de partes blandas que coincide con la tumoración. La tomografía computarizada (TC) de tórax muestra engrosamiento pleural izquierdo con extensión extratorácica hacia la mama homolateral y derrame pericárdico. Ante la sospecha de recaída de su enfermedad se realiza PAAF (punción aspiración con aguja fina), que resulta inespecífica, por lo que se decide biopsia quirúrgica.

Durante la intervención quirúrgica se biopsia la masa y se aprecia drenaje espontáneo de material purulento. Se toman cultivos, en los cuales se observan BAAR (bacilos ácido-alcohol resistentes), tratándose de un absceso frío tuberculoso.

Palabras clave: Tuberculosis; Absceso frío; Resección pared torácica.

COLD TUBERCULOUS ABSCESS OF THORACIC WALL. A CASE REPORT**Abstract**

A 62-year-old woman with chronic lymphatic leukemia who attended consultations for thoracic surgery due to the appearance of mass in the left anterior wall with slight local pain about ten days ago. She does not refer other symptoms. On examination, a mass is palpable in the left anterior wall adhered to deep layers, of about 10-12 cm in diameter, of hard consistency and not rolling.

On ultrasound, a soft tissue continuity solution was found that coincides with the tumor. The chest computerized tomography scan (CT) shows left pleural thickening with extrathoracic extension towards homolateral breast and pericardial effusion. FNAP (fine-needle aspiration) is performed if there is a suspicion of relapse of the disease, which is nonspecific, so it is decided to perform surgical biopsy.

During the surgical procedure, biopsy of the mass is performed and spontaneous drainage of purulent material is observed. Cultures are taken. Acid-fast bacilli are found in the cultures, as in the case of a cold tuberculous abscess.

Key words: Tuberculosis; Cold abscess; Chest wall resection.

Introducción

La tuberculosis ha sufrido un incremento en su incidencia en las últimas décadas, siendo más frecuente en pacientes inmunodeprimidos, inmigrantes y en zonas endémicas.

La afectación ósea es infrecuente, siendo aproximadamente el 2,6% de todos los casos de tuberculosis. Además, la tuberculosis que afecta a la pared torácica es rara, suponiendo entre el 1 y el 10% de afectación ósea tuberculosa. La

presentación en forma de absceso frío tuberculoso es menor al 10% de todos los casos de tuberculosis ósea¹.

No se ha visto predominancia por género. Algunas series describen que es más prevalente en hombres, aunque no hay datos claros. Lo mismo ocurre con el pico de edad predominante. Según algunos autores, la franja de edad más frecuente es entre los 15 y 35 años pero, según otros, la enfermedad es más prevalente en edades más avanzadas².

Correspondencia: Alejandra de la Fuente Añó. Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de La Princesa. C/ Diego de León, 62. 28006 Madrid. E-mail: aledfa.1@gmail.com

Recibido: 14 de julio de 2018; *Aceptado:* 4 de noviembre de 2018

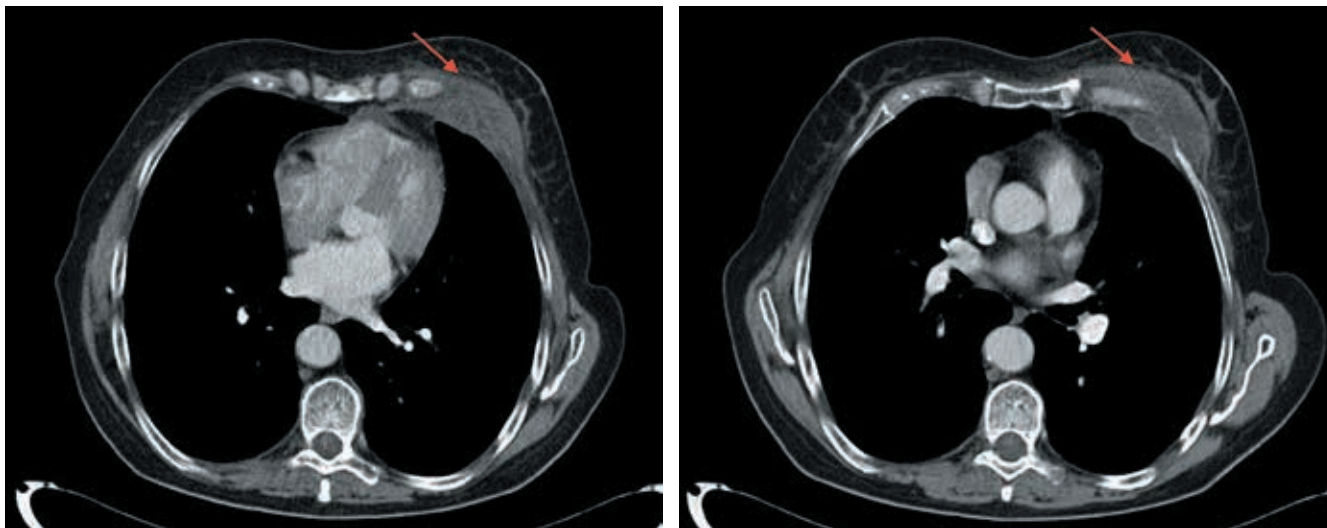


Figura 1. TC de tórax donde se aprecia masa en pared anterior de hemitórax izquierdo.

En el preoperatorio, los abscesos tuberculosos de pared pueden confundirse con tumores de pared, por lo que su diagnóstico clínico a veces es difícil y son necesarias pruebas complementarias. Pueden ser útiles la tomografía computarizada (TC) de tórax, la ecografía o la punción aspiración con aguja fina (PAAF)⁴.

El tratamiento es controvertido. Suele ser necesario tratamiento médico combinado con cirugía. La controversia radica en el tipo de cirugía que debe recibir el paciente. Esta puede variar desde drenaje y desbridamiento del absceso, hasta resección completa del absceso junto con parte de pared torácica^{3,4}.

Observación clínica

Se trata de una mujer de 62 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas, diagnosticada en 2012 de leucemia linfática crónica, con progresión en octubre de 2017 y respuesta parcial a inmunoterapia. Además, es portadora de VHB (virus de la hepatitis B) y tiene antecedentes de coleditiasis asintomática y gastritis. Como única medicación, toma R-bendamustina por progresión de su enfermedad hace ocho meses.

Valorada en consultas externas de cirugía torácica por aparición de masa en pared anterior izquierda de unos diez días de evolución, con leve dolor local. No asocia clínica respiratoria, dolor torácico, ni disnea. Niega infecciones respiratorias previas.

A la exploración física, la paciente se encuentra estable desde el punto de vista hemodinámico, con constantes en rango normal. Se palpa una masa en la pared anterior izquierda, de unos 10-12 cm de diámetro, adherida a planos profundos, de consistencia dura y no rodadera. No se palpan adenopatías ni se aprecian signos de infección. En la analítica destaca anemia (hemoglobina 9,3 g/dl) y leve linfopenia.

Como pruebas complementarias se realiza una ecografía torácica de la masa, en la cual se objetiva solución de con-

tinuidad de partes blandas de la región anterosuperior del tórax, que coincide con la tumoración. La TC de tórax muestra engrosamiento pleural izquierdo con extensión extratorácica hacia mama homolateral y derrame pericárdico, que se relaciona con recidiva de su enfermedad de base (Fig. 1).

Tras valoración se decide cirugía para obtención de biopsia. Durante la intervención quirúrgica se aprecia masa de localización retropectoral, que se biopsia. Tras la toma de biopsia se objetiva drenaje espontáneo de material purulento. Se toman cultivos y se lava la cavidad con povidona yodada y agua oxigenada.

En los cultivos se observan BAAR, por lo que finalmente se concluye que se trata de un absceso frío tuberculoso.

La paciente evolucionó satisfactoriamente durante su estancia hospitalaria, siendo dada de alta con tratamiento antituberculoso (rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol).

Discusión

La tuberculosis primaria de pared torácica es una entidad rara, que supone entre el 1 y el 10% de la afectación ósea tuberculosa. La localización más frecuente es en los laterales del esternón o en la zona más central de las costillas⁴. Su presentación clínica suele ser en forma de masa. Se puede confundir incluso con un tumor de pared, como sucedió en el caso de nuestra paciente.

No existe preferencia por género. Es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos, como el caso que se presenta, ya que se trata de una paciente en tratamiento con inmunoterapia y con linfopenia. Además, la frecuencia es más elevada en inmigrantes y en zonas endémicas.

Los mecanismos patogénicos más frecuentes son la extensión directa desde la pleura, el pulmón o linfadenitis de la pared y por vía hematógena³.

El diagnóstico de los abscesos fríos tuberculosos suele ser postquirúrgico. La punción con aguja fina parece ser el

método de elección, aunque algunos estudios revelan bajas tasas de éxito en el diagnóstico^{4,5}. La TC de tórax es útil en el diagnóstico, sobretodo para diferenciarlo de un tumor de pared, aunque como en el caso que se presenta, el diagnóstico de absceso es postoperatorio. La ecografía también resulta útil, puesto que permite guiar la punción, así como describir las características de la masa o absceso⁴.

La evolución natural suele ser indolente, hasta que se estudia generalmente por la aparición de una masa en la pared torácica.

El tratamiento es controvertido, suele ser necesario tratamiento médico combinado con cirugía. Puesto que los casos de abscesos fríos tuberculosos son escasos, la evidencia sobre el tratamiento quirúrgico de los mismos es escasa. La cirugía varía en función del equipo quirúrgico. El tratamiento más sencillo es el drenaje y desbridamiento del absceso. Otros cirujanos optan por una cirugía más agresiva, con resección completa del absceso junto con parte de pared torácica. En un estudio retrospectivo Young y cols. plantean que la resección de una parte de la pared es mandatoria para evitar la recaída. Refieren tasas de recaída del 40% en abscesos tratados solo con drenaje, mientras que aquellos pacientes sometidos a tratamiento combinado de drenaje y resección de pared tienen una tasa de recaída del 9,2%³.

Hyo y cols. también proponen la resección de pared como una parte fundamental para evitar la recaída⁴.

La ausencia de estudios de cohortes prospectivos, así como ensayos clínicos aleatorizados y la escasa experiencia hacen que no se pueda proponer un criterio de referencia en el tratamiento quirúrgico de esta patología.

Bibliografía

1. Enarson DA, Ashley MJ, Grzybowski S, Ostapkowicz E, Dorken E. Non-respiratory tuberculosis in Canada. Epidemiologic and bacteriologic features. *Am J Epidemiol.* 1980; 112: 341-51.
2. Faure E, Souilamas R, Riquet M, Chehab A, Le Pimpec-Barthes F, Manac'h D, et al. Cold abscess of the chest wall: a surgical entity? *Ann Thorac Surg.* 1998; 66: 1174-8.
3. Kim YT, Han KN, Kang CH, Sung SW, Kim JH. Complete resection is mandatory for tubercular cold abscess of the chest wall. *Ann Thorac Surg.* 2008; 85: 273-7.
4. Paik HC, Chung KY, Kang JH, Maeng DH. Surgical treatment of tuberculous cold abscess of the chest wall. *Yonsei Med J.* 2002; 43: 309-14.
5. Hsu HS, Wang LS, Wu YC, Fahn HJ, Huang MH. Management of primary chest wall tuberculosis. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg.* 1995; 29: 119-23.